

◇参加申込書◇

氏 名		フリガナ		性 別
				男・女 その他
学校名・学年		年	平成	生 年 月 日
			年	月 日
				年 齢 歳 (申込時点)
住 所	〒			
電話番号（本人と連絡がとれる番号）				
保護者情報	保護者氏名			続柄
	保護者連絡先 (電話番号)			
緊急連絡先	氏 名			続柄
	電話番号			
健康上の 確認事項	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)		
	その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)		
	常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)		
	持病・既往症・健康上配慮を要する事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)		
	乗り物酔い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

●確認事項

- 募集要項の内容を確認の上、申し込みます。
- 食物アレルギーその他健康上配慮を要する事項がある場合は、応募時に申し出ています。

●保護者同意欄

- 保護者として、申込者本人が本事業に応募することに同意します。

※裏面の作文欄も必ず記入してください。

